



FICHE DE RENSEIGNEMENT

CONSTITUTION DU TABLEAU DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES DE L'ISERE

Si vous êtes retraité et que vous souhaitez continuer à voter pour élire vos conseillers départementaux ou souhaitez être candidat, remplissez l'intégralité de ce questionnaire

1. ETAT CIVIL

Mme Melle Mr

Nom d'exercice :

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Date de naissance :/...../..... Département :

Lieu de naissance :

Nationalité : Française UE, précisez :

Hors UE, précisez :

Adresse domicile privé :

.....

.....

Code Postal : Ville :

Téléphone personnel :/...../...../...../.....

Courriel : @

2. TITRES ET QUALIFICATIONS PROFESSIONNELS

2.A : Diplôme d'Etat français (hors diplômé de l'année)

N° du diplôme : Date d'obtention : / /

Lieu d'obtention :

IFMK d'origine (Ecole) :

Numéro ADELI :

Pour les diplômés de l'année :

Date Attestation provisoire :/...../..... DRASS l'ayant délivrée :

2.B : Diplôme d'Etat dans l'Union Européenne - Autorisation d'Exercice :

Date de délivrance :/...../..... DRASS l'ayant délivrée :

2.C : Pour les étrangers Hors Union Européenne titulaires d'un Diplôme d'Etat français :

N° du diplôme : Date d'obtention : / /

Lieu d'obtention :

IFMK d'origine (Ecole) :

Date Autorisation d'Exercice : / /

3. EXERCICE PROFESSIONNEL ACTUEL

- 1^{ère} année d'exercice Libéral Salarié Mixte*

*remplir le mode d'exercice libéral et salarié ci-après

3.A : MODE D'EXERCICE LIBERAL

- Remplaçant et/ou Assistant – Collaborateur
- Exercice individuel : Seul SEL ou SELARL Avec assistant(s) : Nombre
- Exercice en groupe : SCM SCP SEL ou SELARL Société de Fait
- Autres, précisez :

Cabinet secondaire : Oui Non Si oui, mentionnez l'adresse du cabinet :

.....

.....

.....

EXERCICE INDIVIDUEL

Adresse :

.....

.....

Ne cocher qu'une seule case

- Seul Avec Assistant (remplir le tableau suivant en indiquant le nom des assistants)

N°	NOM	PRENOM	N° Ordinal	Début du Contrat
1				/ /
2				/ /
3				/ /
4				/ /
5				/ /

EXERCICE EXCLUSIF A DOMICILE

Adresse (si différente de l'adresse personnelle) :

.....

.....

.....

REPLACANT (R)

ET/OU

ASSISTANT-COLLABORATEUR (AC)

Indiquez dans le tableau suivant les derniers remplacements et assistanats ainsi que ceux en cours :

TITULAIRE DU CABINET		STATUT	PERIODE CONCERNEE			Date Signature du Contrat
NOM	PRENOM	R / AC	Du	Au	En cours	

Adresse actuelle :

.....

Code postal : Ville :

EXERCICE EN GROUPE

NOM de la société :

.....

ADRESSE de la société :

.....

.....

Nombre d'associés :

NOM	PRENOM	DATE DU CONTRAT

3.B : MODE D'EXERCICE SALARIE

Vous exercez dans la Fonction Publique

Etablissement Public de Santé (CHU, CH, Hôpital Local...)

Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie Public

Etablissement Public Territorial (Centre de santé, Dispensaire, Municipalité...)

Votre statut : Titulaire Stagiaire CDI CDD

Raison sociale et adresse de l'employeur :

.....

.....

.....

Vous exercez à temps partiel :

OUI, quotité de temps : %

NON

DONNEES FACULTATIVES

Ces données sont destinées à l'entraide prévue par l'Article L 4321-14 du Code de la Santé Publique

Vous êtes

Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Concubin(e) PACS

Date de naissance du conjoint : / /

Lieu de naissance du conjoint :

Profession du conjoint :

Enfant(s) :

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE

CONNAISSANCE AMELIOREE DE LA PROFESSION

AUTRES DIPLOMES

Diplôme :

Date d'obtention :

Merci pour les réponses apportées